Révision 29/01/2025

ITEM 169 : ATTEINTES NEUROLOGIQUES DU VIH

NEUROPATHIE PERIPHERIQUE	- **Atteinte histologique du système nerveux périphérique** quasi-constante (95 %) → **symptomatique** dans **15 %** des cas.		
	Polyradiculonévrite aiguë	= Possible à tous stade, principalement au stade précoce. - **Atteinte motrice** bilatérale et symétrique, avec **aréflexie diffuse.** - Réaction inflammatoire à la PL : **hypercytose** avec **hyperprotéinorachie.** - TTT : **corticothérapie.**	
	Polyneuropathie axonale	= A un stade avancé du déficit immunitaire. - **Atteinte sensitive distale**, longueur-dépendante. → Eliminer une origine médicamenteuse (**antirétroviraux**).	
	Mononévrite	- À un stade précoce (le plus souvent) : **périphériques** (**nerf ulnaire**, **fibulaire commun**, **tibial**) et **crâniens** (**nerf facial**), d'évolution favorable. - À un stade avancé : évolution souvent rapide et progressive.	
	Poly-radiculonévrite Myéloradiculite	- **Polyradiculonévrite** : atteinte de la queue de cheval ++. - **Myéloradiculopathie** : paraplégie hyporéflexique associée à des troubles sensitifs et sphinctériens. → Parfois liée à **CMV** : **traitement antiviral en urgence**, recherche d'une **atteinte rétinienne.**	
MUSCLE	**Myopathie**	= Possible à tous stade de l'infection : lié au **VIH**, à **l'administration d'AZT**, à des **infections opportunistes**, à des **infiltrations tumorales**, à une **vascularite** ou par **dénutrition.** - **Polymyosite proximale** : faiblesse musculaire, douleur, parfois difficultés à la marche avec chutes. - Diagnostic : **CPK.** **Syndrome myogène à l'EMG.** **Biopsie musculaire.**	
SYSTEME NERVEUX CENTRAL	*Lié au VIH*	**Méningite aseptique**	- **Céphalées, fièvre, syndrome méningé modéré** ± **atteinte de nerf crânien** (V, VI, VII surtout). - PL : **Méningite lymphocytaire** (< 800/mm³). Discrète **hyperprotéinorachie** (< 1 g/L). - Évolution favorable spontanée en quelques jours, possible récidive.
		Encéphalite	= **Infection des cellules microgliales et astrocytes** par le VIH : le plus souvent chez le patient immunodéprimé (CD4 < 200), parfois lors de la primo-infection. - Début insidieux : **Syndrome dépressif, trouble mnésique, ralentissement idéo-moteur, trouble de la concentration et de l'attention.** **Démence sous-corticale** à un stade avancé. - IRM : atrophie cérébrale, hypersignaux T2 bilatéraux et symétriques, périventriculaires, prédominant dans les lobes frontaux et pariétaux. - PL : **normal** ou **légère pléiocytose mononuclée** dans 20 % des cas. - TTT : **antirétroviraux** passant la barrière hémato-encéphalique.
		Myélopathie	- **Myélite aiguë** (rare). - **Myélite chronique** = **myélopathie vacuolaire** : dégénérescence vacuolaire de la substance blanche des cordons médullaires postérieurs et latéraux, prédominant au niveau de la moelle thoracique ± associée à une encéphalopathie à VIH.
	Infection opportuniste	**Toxoplasmose cérébrale**	= **Parasitose à *Toxoplasma gondii*** : manifestation inaugurale la plus fréquente de l'infection VIH méconnue avec la pneumocystose, généralement CD4 < 200/mm³.
		C	Début aigu/subaigu : - **Céphalée** (70 %). - **Signe focal**, **crise comitiale** (30 %). - **Fièvre** (50 %).
		PC	- IRM : **abcès multiples** prenant le contraste de manière nodulaire ou en cocarde, le plus fréquemment aux lobes frontaux et aux noyaux gris centraux. - Ponction lombaire : PCR peu sensible mais très spécifique. - **Sérologie** : apport diagnostique uniquement si négatif (VPN 95 %).

			TTT	- **Pyriméthamine** (Malocide®) en association avec **sulfadiazine** (Adiazine®) ou **clindamycine** (Dalacine®) associé à de **l'acide folinique.** - Durée : **3 à 6 semaines.** - **Prophylaxie secondaire** : **Bactrim®** jusqu'à CD4 > 200 pendant > 6 mois. → En cas de résistance au traitement : évoquer un **lymphome cérébral.**
SYSTEME NERVEUX CENTRAL	*Infection opportuniste*	**Cryptococcose**		= **Infection à *Cryptococcus neoformans*** : **méningite chronique de la base du crâne** avec parfois méningo-encéphalite, généralement CD4 < 50/mm³. - Complication : **hypertension intracrânienne** (PL itératives), **récidive** (60 %).
			C	- Début insidieux : **fièvre, céphalées** (isolées dans 70 % des cas), **syndrome méningé** (40 %), **vertige, irritabilité, ralentissement de l'idéation, crise comitiale, paralysie d'un nerf crânien.**
			PC	- PL : . **Méningite lymphocytaire** avec hyperprotéinorachie modérée, **hypoglycorrachie** inconstante. . **Cryptocoque à l'examen direct** (coloré à **l'encre de Chine**) ou en **culture.** - **Ag cryptococcique** dans le sang ou le LCR.
			TTT	- Traitement d'attaque : **amphotéricine B + fluorocytosine** pendant 2 semaines. - Traitement d'entretien : **fluconazole** seul.
		Encéphalite à CMV	C	- Début brutal/subaigu : **fièvre, trouble de conscience, trouble du comportement**, parfois **signes de focalisation.** → Possible **atteinte multiviscérale** : **paralysie de nerf crânien**, **syndrome de la queue de cheval, méningo-radiculo-myélite, atteinte rétinienne, pulmonaire, digestive.**
			PC	- IRM : prise de contraste méningée périventriculaire (**ventriculite**) ± **hydrocéphalie.** - PL : **CMV** en **PCR** ou **culture.**
			TTT	- **Ganciclovir** ou **foscarnet** jusqu'à restauration immunitaire.
		Leuco-encéphalite multifocale progressive		= Infection à **virus JC (papovavirus)**, infiltrant les **oligodendrocytes** : généralement (mais non exclusivement) pour CD4 < 100/mm³. → De mauvais pronostic.
			C	- Encéphalite progressive sans fièvre : **signe de focalisation, crise convulsive, ataxie, troubles visuels**, parfois **troubles cognitifs** ou **troubles psychiatriques.**
			PC	- IRM : hypersignal T2/FLAIR et hyposignal T1 de la substance blanche, sans effet de masse, ne prenant pas ou peu le contraste. - PL : bio-cytologie normale dans 50 % des cas, **PCR positive à JC virus.**
			TTT	- TTT : **restauration immunitaire** sous antirétroviral.
		Méningite		- **Tuberculeuse** : syndrome méningé d'apparition progressive, atteinte fréquente des nerfs crâniens, ou parfois manifestations psychiatriques, hyponatrémie - Autres méningites : **listériose, syphilitique**
	Néoplasie	**Lymphome primitif du système nerveux central**		- Début insidieux : **céphalées, troubles mnésiques, confusion**, puis **signes de focalisation** dans un second temps. - IRM : lésions multiples, bilatérales, expansives, non spécifiques, à bords mali limités, prenant le contraste, avec un faible effet de masse, siégeant préférentiellement dans le corps calleux, les noyaux gris centraux, le thalamus, les régions périventriculaires et le cervelet. - Diagnostic confirmé par **biopsie stéréotaxique** (risque de faux négatif si corticoïdes). - TTT : **chimiothérapie**, **restauration immunitaire** sous antirétroviral.
IATROGENE				- INTI = Didanosine, stavudine : **polyneuropathie.** Zidovudine : **myopathie mitochondriale** réversible. → Ne doivent plus être utilisés. - Inhibiteur de protéase = ritonavir, amprénavir : **céphalées, vertiges, paresthésies.** - INNTI = éfavirenz : **syndrome confusionnel, crises convulsives.**

ORIENTATION	
	→ **Céphalée/syndrome méningée** : cryptococcose, tuberculose ou méningite aseptique à VIH (diagnostic d'élimination). → **Syndrome neurologique focal** : toxoplasmose cérébrale, lymphome primitif du système nerveux central ou LEMP, ou parfois abcès tuberculeux, encéphalite à CMV ou à HSV. → **Encéphalite** : encéphalite à VIH, encéphalite à CMV ou LEMP. → **Trouble de la marche** : neuropathie, polymyosite ou myélopathie vacuolaire. → **Troubles cognitifs progressifs** : encéphalopathie à VIH.